

Առողջության առաջնային պահպանման համակարգում մանկաբուժական ծառայության մարդկային ռեսուրսներով ապահովվածության հիմնախնդիրները Հայաստանում

Կարինե Սարիբեկյան^{1,*}, Դավիթ Մելիք-Նուբարյան², Գոհար Երիմյան¹

¹ Ակադ. Ս.Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ (ԱԱԻ), ՀՀ ԱՆ, Երևան, Հայաստան

² Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան (ԵՊԲՀ), Երևան, Հայաստան

ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

Ներածություն. Երեխաների և դեռահասների առողջության և զարգացման կարգավիճակը զգալի չափով կանխորոշում է հասարակության ապագա բարեկեցությունը, հանդիսանում տնտեսական և սոցիալական կայուն զարգացման գրավական, իսկ երեխայի առողջության պահպանման ոլորտում կատարվող ներդրումները դիտարկվում են որպես բարեկեցիկ ապագային ուղղված արդյունավետ ներդրումներ:

Նպատակ. Սույն հետազոտությունը նպատակ ունի մանկաբուժական ծառայության կազմակերպման, մարդկային ռեսուրսներով ապահովվածության ներկայիս իրավիճակի ուսումնասիրության միջոցով վերհանել այն հիմնախնդիրները, որոնց հաղթահարմանն ուղղված գործողությունները կարող են բարելավել երեխաների բուժսպասարկման որակը առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակում:

Մեթոդներ. Կատարվել է միջազգային փորձի և ոլորտը կանոնակարգող փաստաթղթերի ուսումնասիրություն, վիճակագրական տվյալների համեմատական վերլուծություն և զրույցներ առաջին կուրսի կլինիկական օրդինատորների հետ:

Արդյունքներ. Իրականացված համակարգային փոփոխությունների և մանկաբուժական ֆակուլտետի փակմամբ պայմանավորված՝ 2000-2020 թթ. ընթացքում ԱԱՊ օղակի մանկաբույժների թիվը շարունակաբար նվազել է՝ 1990 թ. համեմատ կրճատվելով ավելի քան երկու անգամ (1990 թ. 2000 մանկաբույժ, իսկ 2020 թ.՝ 946): Պոլիկլինիկաներում արձանագրվում է երիտասարդ մասնագետների ահագնացող դեֆիցիտ՝ գործող մանկաբուժական անձնակազմի շարունակական «ծերացման» ֆոնին: 2017 թ. մանկաբույժների ընդհանուր թվում 55 և բարձր տարիքի անձինք եղել են 49%, 2021 թ.՝ արդեն 61%:

Վերջին տարիներին ԱԱՊ օղակի մանկաբույժների թիվը տարեկան միջինում կրճատվում է 8-10 մասնագետով: Ստեղծված իրավիճակը հանգեցնում է թանկարժեք հիվանդանոցային բեռի զգալի աճի՝ ԱԱՊ համակարգի նկատմամբ վստահության նվազման և բուժաշխատողների շահադրող մեխանիզմների բացակայության ֆոնին: Մանկաբուժական ծառայության մարդկային ռեսուրսների խնդիրն առավել սուր է մարզերում, իսկ վերջին տարիներին նաև Երևանում: Մինչույն ժամանակ, բուհական և հետբուհական ծրագրերում մանկաբուժություն առարկային տրամադրվում է նվազագույն չափաքանակ: Մանկաբուժությունը չընտրելու պատճառների մեջ գրեթե բոլոր կլինիկական օրդինատորները նշում են ցածր վարձատրվող և պատասխանատու աշխատանքը:

Եզրակացություն. Մանկաբույժների և ընտանեկան բժիշկների հետդիպլոմային կրթական ծրագրերը վերանայման կարիք ունեն: ԱԱՊ օղակի համար անհրաժեշտ ընդհանուր պրակտիկայի մանկաբույժները կարող են պատրաստվել ավելի կարճաժամկետ ծրագրով, որի թեմաներում հիվանդ երեխային վերաբերող հարցերից շեշտադրումը պիտի տեղափոխվի առողջ երեխաների հսկողության, աճի և զարգացման գնահատման, կանխարգելիչ մանկաբուժության հարցերի ուսուցանմանը: Իրականացվող բարեփոխումների առանցքում պետք է լինեն մարդկային ռեսուրսներով ապահովման, ԱԱՊ համակարգում նրանց աշխատանքի շահադրող մեխանիզմների մշակման և ներդրման խնդիրները:

Հիմնաբառեր. մարդկային ռեսուրսներ, առողջության առաջնային պահպանում, երեխաների և դեռահասների առողջություն, մանկաբուժական ծառայություն, ընտանեկան բժշկություն, կլինիկական օրդինատոր, մանկաբուժական ֆակուլտետ

*Կոնտակտային հեղինակ. karasaribekyan@gmail.com, +37491419894

Published online: 29 December 2023

ՆԱԽԱԲԱՆ

Առողջապահական համակարգում, մասնավորապես, առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակում, մասնագետների դեֆիցիտի խնդիրը գլոբալ մարտահրավեր է շատ երկրներում: ԱԱՊ օղակի ուժեղացումը, մասնագետների համար այն ավելի գրավիչ դարձնելու և մարդկային ռեսուրսներով (ՄՌ) ապահովման քաղաքականության մշակումը և իրականացումը հրամայական է եվրոպական շատ երկրների համար:

Հայաստանի համար ևս ԱԱՊ օղակի ՄՌ-ների պակասորդի հարցն արդիական է, իսկ երեխաներին բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրող մասնագետների պակասի գնալով խորացող խնդիրն արդեն իսկ օրակարգային է:

Մեր երկրում արձանագրվող ծնելիության անկմամբ և բնական աճի շարունակական նվազմամբ պայմանավորված ժողովրդագրական ճգնաժամի պայմաններում երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանման խնդիրները առավել ևս կարևորվում են (նկար 1):

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿԸ

Սույն հետազոտությունը նպատակ ունի մանկաբուժական ծառայության կազմակերպման, ՄՌ-ներով ապահովվածության ներկայիս իրավիճակի ուսումնասիրության միջոցով վեր հանել այն հիմնախնդիրները, որոնց հաղթահարմանն ուղղված գործողությունները կարող են բարելավել երեխաների բուժապասարկման որակը

ԱԱՊ օղակում:

ՄԵԹՈՂՆԵՐԸ

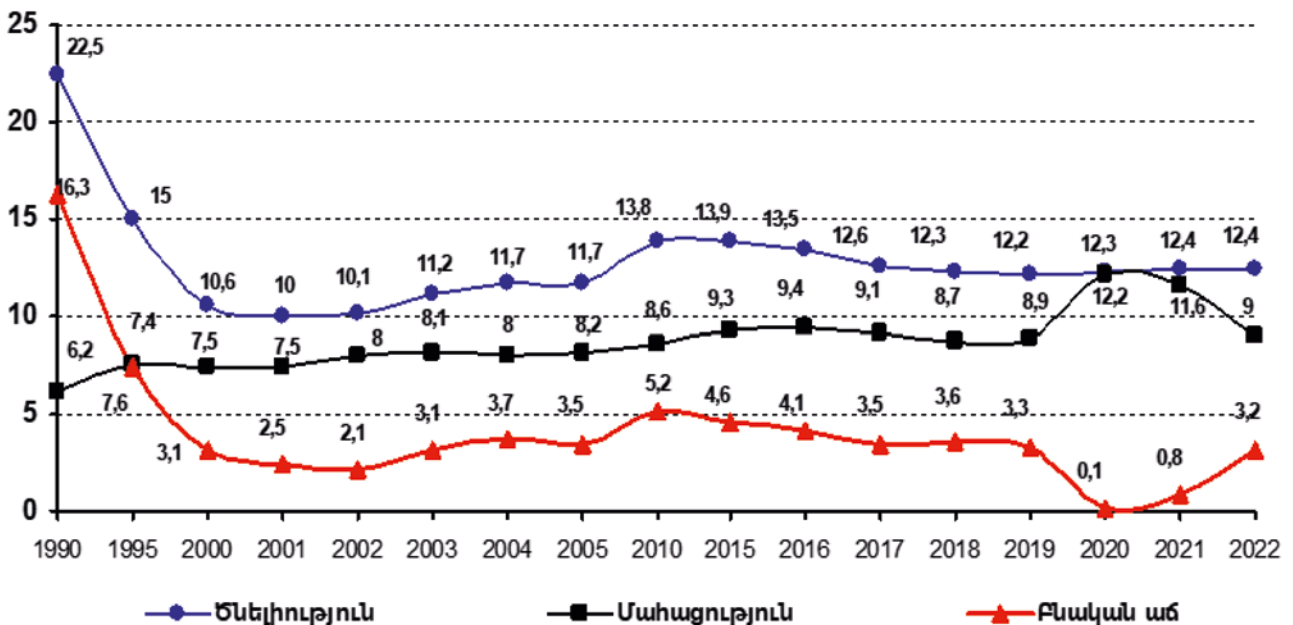
Կիրառվել են տվյալների հավաքման հետևյալ գործիքակազմերը՝ միջազգային փորձի և ոլորտը կանոնակարգող փաստաթղթերի ուսումնասիրություն, վիճակագրական տվյալների համեմատական վերլուծություն և գրույցներ առաջին կուրսի կլինիկական օրդինատորների հետ:

ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ

1. ՄՌ-ների դերակատարումը առողջապահական համակարգում. երեխաների բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը ԱԱՊ օղակում:

Ապացուցված է, որ առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունն ու արդյունավետությունը, ինչպես նաև առողջապահական համակարգի զարգացումն անմիջականորեն պայմանավորված են ՄՌ-ների առկայությամբ և արդյունավետ աշխատանքով: Պատահական չէ, որ վերջին տարիներին Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) կողմից այս հարցին բազմիցս անդրադարձ է կատարվել՝ դիտարկելով այն որպես կարևոր ռազմավարական խնդիր բնակչության առողջության պահպանման տեսանկյունից [1]:

Ըստ ԱՀԿ առաջարկվող հանձնարարականների, յուրաքանչյուր երկիր խնդրի լուծման իր ռազմավարությունը պիտի մշակի՝ ելնելով ազ-



Աղբյուր՝ ՀՀ վիճակագրական կոմիտե

Նկար 1. Հայաստանի ժողովրդագրական ցուցանիշների միտումները, 1990-2022թթ.

գային համատեքստից և առկա իրավիճակից: Ընդ որում միջամտությունների ընտրությունը պիտի հենվի դրանց արդյունավետության վերաբերյալ ապացույցների և երկրի փորձի վրա՝ ներառելով ինչպես բժշկական կրթության և մասնագետների պլանավորման, այնպես էլ բնակչության ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայությունների կազմակերպման մոդելի և բուժաշխատողների աշխատանքային պայմանների ու շահադրդման հարցերը: Կարևոր է նաև հաշվի առնել ԱԱՊ համակարգում իրականացված տարբեր ռազմավարությունների ներդրման փորձը և քաղված դասերը: ԱՀԿ փորձագետների կողմից որպես ԱԱՊ համակարգի հզորացման գրավական դիտարկվում է ընտանեկան բժշկության (ԸԲ) անհատական պրակտիկայից անցումը դեպի ԸԲ բազմամասնագիտական թիմային մոդելի [2]:

Եվրոպական երկրների փորձը վկայում է, որ ԱԱՊ օղակում երեխաների բուժսպասարկման կազմակերպման մոդելները տարբեր են [3]. Եվրոպական երկրների 41%-ում գործում է ընդհանուր պրակտիկայի մոդելը, 35%-ում՝ ԱԱՊ օղակում գործում է խառը մոդելը՝ ընդհանուր պրակտիկա և մանկաբուժություն, իսկ երկրների 24%-ում երեխաների բժշկական սպասարկումը ԱԱՊ օղակում իրականացնում են մանկաբույժները: Շվեդիայում գործում է խառը մոդելը, գյուղական բնակավայրերում երեխաների հետ աշխատում են ընտանեկան բժիշկները, իսկ երկրի խիտ բնակեցված վայրերում՝ մանկաբույժները:

1997 թվականից Հայաստանում մեկնարկել է ԱԱՊ օղակի բարեփոխումների և ԸԲ ինստիտուտի ներդրման գործընթացը: Աշխատանքները հիմնականում ուղղվել են մարզերի գյուղական բուժհաստատությունների շենքային պայմանների բարելավմանը, ինչպես նաև ԸԲ ներդրման համար նպաստավոր պայմանների ստեղծմանը՝ որպես կառուցվածքային առավել մատչելի ու նպատակահարմար մոդելի: Բարեփոխումների սկզբից շուրջ 25 տարի անց արձանագրվում է, որ ԸԲ համակարգը կայացել է միայն գյուղական բնակավայրերում:

Ներկայումս Հայաստանում երեխաների բուժսպասարկումը գյուղական վայրերում իրականացվում է ընտանեկան բժիշկների կողմից, որոնց գերակշիռ մասը նախկին մանկաբույժներ են: Մարզային պոլիկլինիկաների հիմնական մասում, իսկ Երևան քաղաքի ԱԱՊ գրեթե բոլոր հաստատություններում երեխաների բուժսպասարկումն իրականացվում է մանկաբույժների կողմից: Գործում են նաև ընտանեկան բժշկի շուրջ 10 մասնավոր գրասենյակներ, որոնք սպասարկում են հիմնականում մեծահասակ բնակչությանը:

2. Մանկաբուժական կրթության կազմակերպումը. նախապատմություն և հետագա զարգացումներ

Խորհրդային տարիներին ԱԱՊ օղակում երեխաների բժշկական սպասարկումն իրականացնում էին մանկաբույժները, որոնք բուժական կրթությունը ստանում էին Երևանի բժշկական ինստիտուտի (ԵրԲԻ) մանկաբուժական ֆակուլտետում, որտեղ 1980-ականներին ընդունելությունը հասել էր տարեկան 150 ուսանողի: 1990-ականների սկզբին երկրի առողջապահական համակարգում աշխատում էր շուրջ 2000 մանկաբույժ:

Բարձրագույն կրթության համակարգում միջազգային չափորոշիչների, մասնավորապես Բոլոնյան կրթական համակարգի ներդրման հետ կապված, ԵրԲԻ-ի մանկաբուժական ֆակուլտետը փակվեց (ԵրԲԻ-ի կազմում մանկաբուժական ֆակուլտետը բացվել էր 1958 թ.) [4]: Ընդունելությունը դադարեցվեց 1999 թվականից, մանկաբույժների վերջին, թվով 250 շրջանավարտները, ԵՊԲՀ-ն ավարտեցին 2004 թ.:

Մանկաբուժական ֆակուլտետները փակվեցին նաև նախկին ԽՍՀՄ մի շարք երկրներում՝ Մերձբալթյան երկրների, Վրաստանի, Մոլդովայի, Ղազախստանի բժշկական ինստիտուտներում: Ռուսաստանում, Բելառուսում, Կենտրոնական Ասիայի երկրներում մանկաբուժական ֆակուլտետները պահպանվեցին, Սանկտ-Պետերբուրգում և Տաշքենդում շարունակեցին գործել ինքնուրույն Մանկաբուժության ինստիտուտները: Ուկրաինայի 10 բժշկական բուհերից 8-ում պահպանվել են մանկաբուժական ֆակուլտետները: Ղազախստանում 2011 թ. փակված մանկաբուժական ֆակուլտետը 2017 թ. վերաբացվեց «Մանկաբուժության դպրոց» վերանվանմամբ: Մոլդովայում պետական բժշկական համալսարանում 5-րդ կուրսից առանձնացվում է Մանկաբուժություն ուղղությունը՝ խորացված ծրագրով [5]:

2023 թ. մարտի 1-ից Մոլդովայի առողջապահության նախարարի հայտարարությամբ [6] «Մանկաբույժները հիվանդանոցների կոնսուլտատիվ պոլիկլինիկաներից կտեղափոխվեն առաջնային օղակ/ընտանեկան բժշկության կենտրոններ, որտեղ կիրականացնեն 0-5 տ. բոլոր երեխաների և 0-18 տ. քրոնիկ հիվանդ երեխաների հսկողությունը և վարումը»:

Բժշկական մասնագիտությունների Եվրոպական միությունը (UEMS) [7] մանկաբույժների պատրաստման համար առաջարկում է հնգամյա հետբուժական ուսուցում, որը բաժանվում է եռամյա հիմնական և երկամյա մասնագիտացված կրթության: Մասնագիտացված կրթու-

թյունը ծավալվում է հետևյալ երեք ուղղություններով՝ առաջնային բուժօգնություն (ընդհանուր պրակտիկայի մանկաբուժություն), ընդհանուր հիվանդանոցային մանկաբուժություն և մանկաբուժական պրոֆիլի նեղ մասնագիտություններ:

Եվրոպական երկրների մեծ մասում, բացառությամբ ԱՊՀ այն երկրների, որտեղ գործում են մանկաբուժական ֆակուլտետներ, մանկաբույժները և մանկական նեղ մասնագետները պատրաստվում են հետդիպլոմային կրթության միջոցով: Գրեթե բոլոր երկրներում բուհական կամ հետբուհական կրթական ծրագրերը լիցենզավորվում են կամ առողջապահության նախարարության, կամ այլ իրավասու մարմնի կողմից: Տարբեր երկրներում մանկաբուժության հետդիպլոմային կրթության տևողությունը տատանվում է 3-5 տարիների միջակայքում: Կրթական ծրագրերում արտահիվանդանոցային բաղադրիչը պարտադիր է:

ԱՊՀ երկրների մեծ մասում գործում են ամբուլատոր-պոլիկլինիկական կամ կանխարգելիչ մանկաբուժության առանձին ամբիոններ: Եվրոպական մի շարք երկրներում արտահիվանդանոցային մանկաբուժության կուրսին հատկացվում է բավական շատ ժամանակ: Օրինակ, Սլովենիայում Մանկաբուժության հետդիպլոմային ուսուցման 5 տարիներից 3-ը տրամադրվում են ընդհանուր պրակտիկայի մանկաբուժությանը, և 2 տարի շարունակվում է կրթությունը հիվանդանոցային մանկաբուժության ուսուցման համար: Իսրայելում մանկաբուժության հետդիպլոմային կրթության 4-ամյա ծրագրում պարտադիր է 6-ամյա ցիկլն առաջնային օղակում: Շվեդիայում ևս ռեգիոնալ տարածքային կրթական ծրագրում ընդհանուր պրակտիկայի մանկաբույժի պատրաստման համար առանձնացված հոսք է նախատեսված:

Էստոնիայում ընտանեկան բժիշկների մասնագիտական որակավորման տևողությունը 3 տարի է, որում մանկաբուժություն առարկային բավարար ժամեր են հատկացված: 2014 թ.-ից Էստոնիայում ԱԱՊ օղակի կատարողականը բարելավելու համար 1 ընտանեկան բժշկին կցվում է 2 բուժքույր, որից մեկը՝ պատրոնաժ աշխատանքի համար [8]: 2017 թ.-ից Էստոնիայի կառավարությունը խրախուսում է ԸԲ խմբային պրակտիկան՝ քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի համար տարբերակված մոդելներով [9]:

Հայաստանում 2005 թ.-ից հետո մանկաբուժական կադրերը պատրաստվում են 3 տարի տևողությամբ կլինիկական օրդինատուրայի միջոցով: Մանկաբուժական ֆակուլտետի փակումից հետո նախադիպլոմային կրթության համակարգում մանկաբուժություն առարկան սկսեց դասավանդվել բուժական ֆակուլտետի համար

նախկինում նախատեսված ժամաքանակով: Ներդրված բարձրագույն բժշկական կրթության եռաստիճան համակարգում մանկաբուժությանն առնչվող հարցերի համար նախատեսված էր 4 շաբաթ բակալավրիատում և 6 շաբաթ մագիստրատուրայում:

Չնայած մանկաբուժական ֆակուլտետի փակումը և ուսումնական ծրագրերի փոփոխությունները բացատրվում էին կրթության եվրոպական ստանդարտների ներդրմամբ, ԵՊԲՀ ընդհանուր բժշկության ֆակուլտետի համար նախատեսված մանկաբուժության ուսումնական ծրագիրն իր ժամաքանակներով և բովանդակությամբ չէր համապատասխանում եվրոպական բուհերի մեծ մասում հաստատված և դասավանդվող կրթական ծրագրերի նորմերին [10]:

Ներկայումս ընդհանուր բժշկության ֆակուլտետում մանկաբուժության ուսումնական ծրագրի ընդհանուր տևողությունն ընդամենը 6 շաբաթ է: Ընտանեկան բժիշկների կլինիկական օրդինատուրայի 2-ամյա կրթական ծրագրում մանկաբուժությանը հատկացված է ևս 6 շաբաթ: Ակնհայտ է, որ ընդամենը 12 շաբաթ տևողությամբ կրթական ծրագրով ուսուցում ստացած ընտանեկան բժիշկներն ի զորու չեն լինի ունենալու երեխաներին վարելու մասնագիտական բավարար վստահություն և տիրապետելու արտահիվանդանոցային մանկաբուժության հիմնարար թեմաներին:

Հարկ է նաև նշել, որ մանկաբուժության կլինիկական օրդինատուրայի ներկայիս 3-ամյա կրթական ծրագրում կանխարգելիչ մանկաբուժության և առողջ երեխայի վարման հարցերը գրեթե բացակայում են կամ նվազագույն ժամաքանակով են ներկայացված: Եվ սա այն դեպքում, երբ չափահաս տարիքում ոչ վարակիչ հիվանդությունների բեռի գրեթե 70%-ը պայմանավորված է մանկությունից և դեռահասությունից եկող առողջական խնդիրներով և վնասակար վարքագծային սովորություններով: Մյուս կողմից, մանկաբուժական ֆակուլտետը փակելուց հետո շարունակաբար մանկաբուժություն մասնագիտության կլինիկական օրդինատուրա տարեկան ընդունվում էր ընդամենը մի քանի շրջանավարտ: ԵՊԲՀ շրջանավարտները ոգեվորված չեն մանկաբույժ դառնալու հեռանկարով. նրանք մոտիվացված չեն ակնկալվող եկամուտների առումով, խուսափում են երեխաներին վարելու պատասխանատվությունից, վստահ չեն իրենց գիտելիքներում, «վախենում են» երեխաներից:

Անգամ նպատակային կլինիկական օրդինատուրան չի մեղմել այս խնդիրը: Տարիներ շարունակ թափուր են մնում անգամ նպատակային

օրդինատուրայի համար հատկացվող անվճար տեղերը մանկաբուժության և մանկական մասնագիտությունների գծով: Սույն հետազոտության շրջանակներում առաջին կուրսի կլինիկական օրդինատորների շրջանում դասախոսության ընթացքում հեղինակների կողմից անցկացված հարցումների մեջ հարցադրվել են մանկաբուժությունը չընտրելու պատճառները, որոնց ի պատասխան օրդինատորները հիմնականում նշել են ցածր վարձատրվող և շատ պատասխանատու աշխատանքը:

Թեև վերջին տարիներին որոշակիորեն ավելացել է մանկաբուժություն կամ մանկական նեղ մասնագիտություն ընտրած կլինիկական օրդինատորների թիվը, այդուհանդերձ վերջիններս գերազանցապես իրենց ապագա աշխատանքը տեսնում են հիվանդանոցային ծառայության ոլորտում և գերադասում են վճարել ընտրության այս հնարավորության համար: Ամբուլատոր պոլիկլինիկական համակարգում աշխատանքն ընտրող մանկաբույժները եզակի են: Եվ սա այն պարագայում, երբ ԱԱՊ համակարգի գործունեության ակնկալվող արդյունքը հիվանդությունների կանխարգելման և առողջ երեխաների աճի ու զարգացման շարունակական հսկողության ու սկրինինգների իրականացման միջոցով նրանց առողջական խնդիրների վաղ հայտնաբերումն ու վաղ միջամտությունն է, մինչդեռ հիվանդանոցային մանկաբուժությունը միտված է բացառապես հիվանդ երեխաների վարմանը:

Հարկ է նշել, որ բարձրագույն բժշկական կրթության հետբուհական համակարգը Հայաստանում բավարարի իրավական կարգավորումներ չունի: Գործող մասնագիտությունների ցանկը վերանայման գործընթացում է, մասնագիտությունների որակական բնութագրերը գրեթե բացակայում են: Հետբուհական բժշկական կրթության հարցերին անդրադարձ է արված ՀՀ Ազգային ժողովի (ԱԺ) կողմից «ընդունված» Բարձրագույն կրթության և գիտության մասին ՀՀ օրենքի նախագծում, որը սակայն չի հաստատվել Սահմանադրական դատարանի կողմից և վերադարձվել է ԱԺ՝ լրամշակման:

Բժշկական մասնագիտական կրթության համակարգային խնդիրներից է կրթական ծրագրերի նվազագույն պահանջների և որակի գնահատման հարցը: Երկրում իրականացվող հետբուհական կրթական ծրագրերը չունեն որակի ապահովման և որակի վերահսկողության մեխանիզմներ[11]: Կլինիկական օրդինատուրայի ծրագրերը մշակվում են համապատասխան ամբիոնների և հաստատվում նույն կառույցների Գիտական խորհուրդների կողմից: Բժշկական կրթական ծրագրերի և վերապատրաստման

դասընթացների բովանդակության արտաքին գնահատումն ու մշտադիտարկումը, դրանց բովանդակության նույնականացման, մատուցվող նյութի ապացուցողական հենքի ապահովման խնդիրը, ինչպես նաև դասավանդման որակի ու արդյունավետության հարցերը ազգային մակարդակում չունեն համընդհանուր կանոնակարգումներ, ինչը ևս խիստ արդիական է Հայաստանի համար:

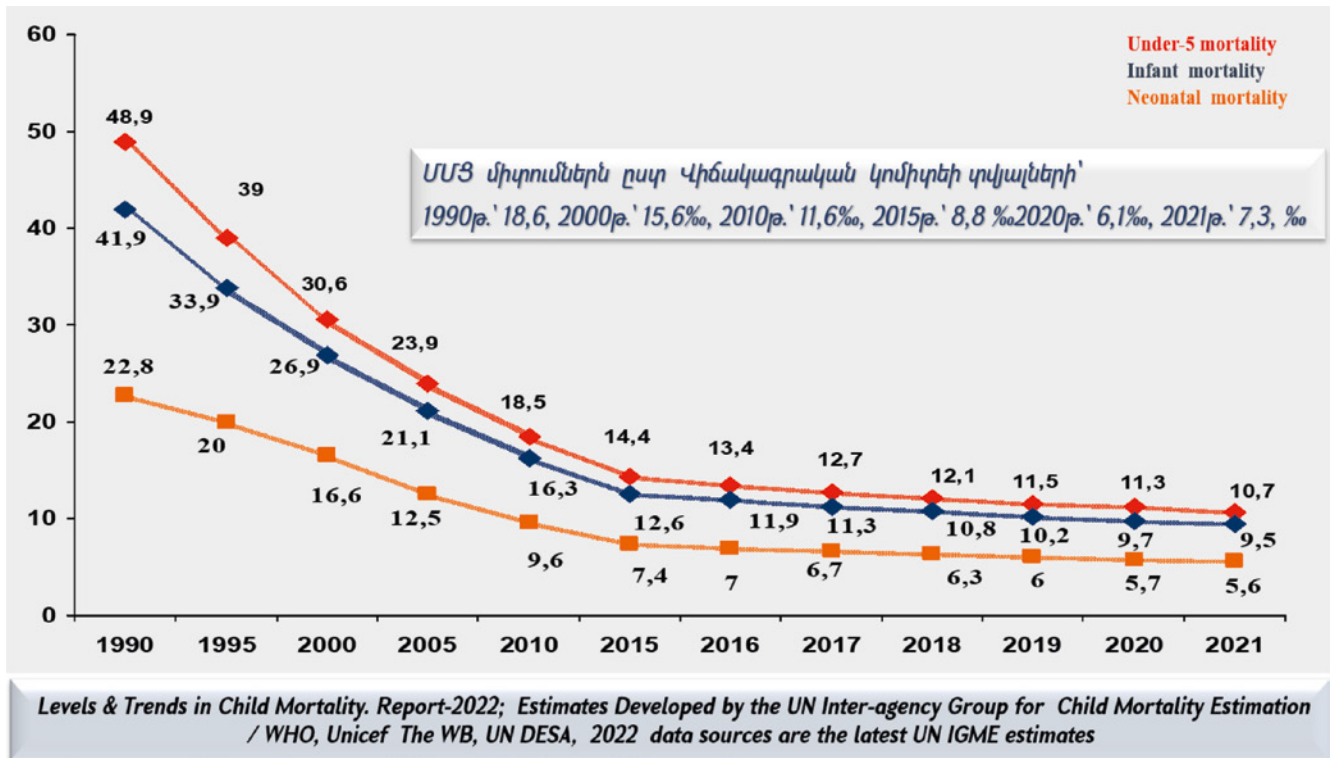
3. ԱԱՊ համակարգի կադրային ապահովվածության միտումները և ներկայիս իրավիճակը Հայաստանում

Անկախացումից հետո ժառանգված առողջապահական համակարգի ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության մանկաբույժներով հագեցված լինելու հանգամանքը և երեխաների հետ նրանց պատասխանատու և պրոֆեսիոնալ աշխատանքը մեծ դեր խաղացին երկրում մանկական մահացության ցուցանիշի շարունակական իջեցման գործում, ինչը փաստված է ինչպես պաշտոնական (1990թ.՝ 18.6%, 2000թ.՝ 15.6%, 2010թ.՝ 11.6%, 2020թ.՝ 7.4%, 2021թ.՝ 7.3%), այնպես էլ ԱՀԿ/ՅՈՒՆԻՍԵՖ հաշվարկային ցուցանիշներով (նկար 2):

2000-2020 թթ. իրականացված համակարգային փոփոխությունների արդյունքում (մանկական և մեծահասակների պոլիկլինիկաների ինտեգրում, մարզային հիվանդանոցներում մանկական մահճակալների զգալի կրճատում, ԸԲ համակարգի ներդնման արդյունքում մանկաբույժների մի մասի վերապրոֆիլավորում ընտանեկան բժիշկների և այլն), ինչպես նաև մանկաբուժական ֆակուլտետի փակմամբ պայմանավորված, հանրապետությունում մանկաբույժների թիվը շարունակաբար նվազել է, 90-ականների համեմատ կրճատվելով 2 և ավելի անգամ (1990թ.՝ 2000, 2020թ.՝ 946):

Ընդ որում, վերջին տասնամյակում մանկաբույժներով ապահովվածությունը հիվանդանոց-պոլիկլինիկա կտրվածքով, հակադարձ միտումն է դրսևորում: Այսպես, եթե հիվանդանոցային մանկաբույժների թիվն աստիճանաբար ավելացել է (2013թ.՝ 118, 2016թ.՝ 129, 2017թ.՝ 138, 2018թ.՝ 141, 2019թ.՝ 149, 2020թ.՝ 151, 2021թ.՝ 176 մանկաբույժ), ապա ԱԱՊ օղակում աշխատողներինը շարունակաբար նվազել է (2013թ.՝ 505, 2016թ.՝ 468, 2017թ.՝ 449, 2018թ.՝ 445, 2019թ.՝ 439, 2020թ.՝ 425, 2021թ.՝ 414 մանկաբույժ): Այս շեղումը գնալով խորանում է հատկապես վերջին տարիներին (նկար 3):

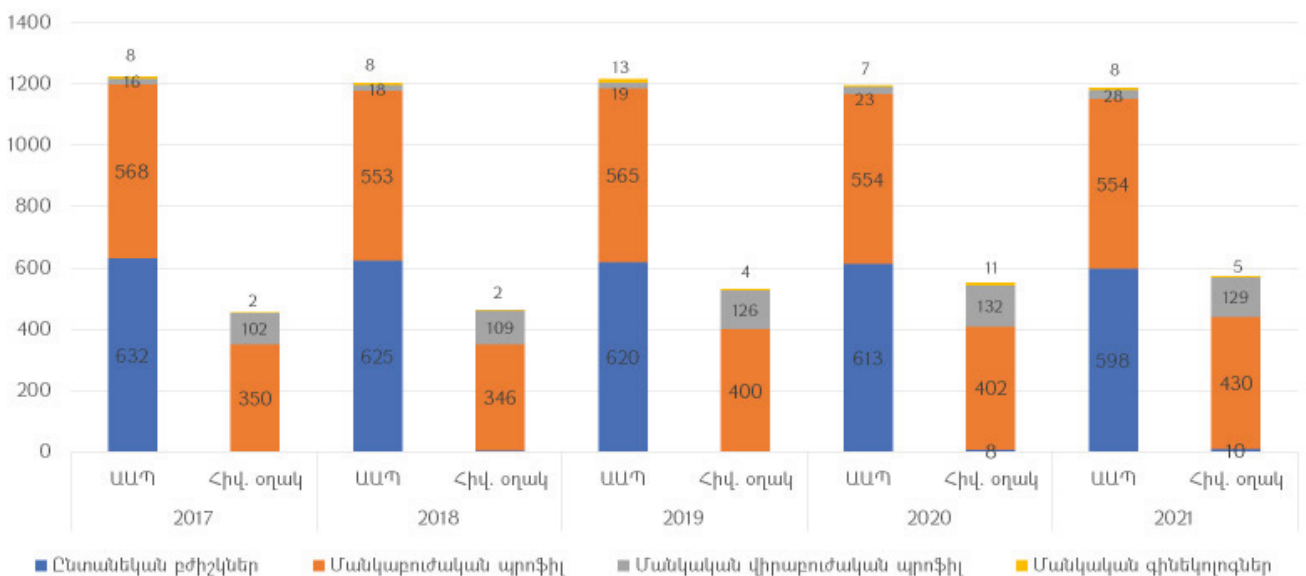
Այս խնդիրն օրակարգային է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակում, որտեղ վերջին տարիներին գործող մասնագետների թվի նվազման ֆոնին երիտասարդ մասնագետներով համալր-



Նկար 2. Երեխաների մահացության հաշվարկային ցուցանիշների միտումները, %

ման եզակի դեպքեր են գրանցվում: Ըստ վերը ներկայացված տվյալների, ԱԱՊ օղակում մանկաբույժների թիվը տարեկան միջինում կրճատվում է 8-10 մասնագետով: Արդյունքում պոլիկլինիկաներում արձանագրվում է երիտասարդ կադրերի գնալով խորացող դեֆիցիտ՝ գործող մանկաբուժական անձնակազմի շարունակական ծերացման ֆոնին: Այսպես, եթե 2017 թ. մանկաբույժների ընդհանուր թվում 55 և բարձր տարիքի անձինք եղել են 49%, ապա 2021թ.՝ արդեն 61%:

Մանկաբուժական ծառայության ՄՌ-ների խնդիրն առավել արդիական դարձավ վերջին տասնամյակում, որի արդյունքում մանկական մասնագետների դեֆիցիտը խորացել է ոչ միայն մարզերում, այլ նաև քաղաքամայր Երևանում: Մարզային մակարդակում, մասնավորապես գյուղական վայրերում, երեխաների հետ հիմնականում աշխատում են ընտանեկան բժշկները, որոնց «ծերացումը» և երիտասարդ ընտանեկան բժշկներով ոչ բավարար համալրումը



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտ

Նկար 3. Մարդկային ներուժը մանկաբուժական ծառայությունում, 2017-2021թթ.

նույնպես դարձել է խնդրահարույց, ընդ որում ոչ միայն երեխաների, այլ նաև ամբողջ բնակչության առողջապահական ծառայությունների ապահովման տեսանկյունից:

Առանձնահատուկ խնդիր է նաև երեխաներին սպասարկող մանկական նեղ մասնագետների պակասը և/կամ բացակայությունը: Մարզային բժշկական կազմակերպություններում երեխաներին սպասարկող «մեծահասակների» նեղ մասնագետների գիտելիքները և փորձառությունը մանկական պաթոլոգիաների վերաբերյալ հաճախ բավարար չի լինում երեխաներին պատշաճ բուժօգնություն ցուցաբերելու համար: Ասվածի ապացույցը մարզերից Երևանի նեղ մասնագիտական կլինիկաներ անհարկի ուղեգրումների մեծ հոսքն է, որոնց 50 և ավելի տոկոս դեպքերում երեխաների մոտ ախտաբանական խնդիրներ չեն հայտնաբերվում (Արաբկիր բժշկական համալիրի վիրաբուժական պրոֆիլի մասնագետների կարծիքով՝ շուրջ 70% դեպքերում):

2022 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ-ում 0-18 տարեկան երեխաների թիվը եղել է շուրջ 635000, որից քաղաքային բնակավայրերում ապրում է 367000, իսկ գյուղական բնակավայրում՝ 268000 երեխա [12]: Ըստ էլեկտրոնային առողջապահական ԱՐՄԵԴ համակարգի տվյալների՝ 2023 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մանկական բնակչության թիվը եղել է 718072 երեխա [13]:

Հանրապետությունում մանկաբույժների և ընտանեկան բժիշկների կողմից սպասարկվող մանկական ազգաբնակչության թվաքանակը միջինում կազմում է 700-1000 երեխա՝ մանկաբույժի և 350-500 երեխա՝ ընտանեկան բժշկի կողմից: Եթե դիտարկվի ԱԱՊ օղակում բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ներկայիս գործող խառը մոդելը, այն է քաղաքներում՝ մանկաբույժի, իսկ գյուղական բնակավայրերում՝ ընտանեկան բժիշկի կողմից երեխաների բուժսպասարկում, ապա հանրապետությունում ԱԱՊ բժիշկների պահանջարկը միջինում կկազմի 524 մանկաբույժ և 766 ընտանեկան բժիշկ:

Ըստ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ի պաշտոնական տվյալների [14]՝ 2021 թ. ԱԱՊ օղակի մանկաբույժների թիվը եղել է 414, որից Երևան քաղաքում 284 (մանկական բնակչությունը՝ 262000), իսկ մարզերում՝ 130 (մարզային քաղաքներում մանկական բնակչությունը՝ 104700): Ընտանեկան բժիշկների ընդհանուր թիվը 598 է (գյուղերում մանկական բնակչությունը՝ 268000), որից Երևանում՝ 54:

Ասվածից ենթադրվում է, որ Հայաստանում առկա է ինչպես մանկաբույժների, այնպես էլ ընտանեկան բժիշկների պակասորդ՝ շուրջ 110

մանկաբույժի և 166 ընտանեկան բժշկի: Եթե հաշվի առնենք նաև մանկաբույժների «ծերացման» գործոնը (նվազում՝ տարեկան 8-10 մանկաբույժով), ապա երեխաների բուժսպասարկման համար անհրաժեշտ մանկաբույժների լրացուցիչ պահանջարկը միջինում կկազմի մոտ 120:

Հանրապետության կտրվածքով առողջապահական համակարգում ԸԲ ինստիտուտի ամբողջությամբ ներդնման դեպքում երեխաների սպասարկման համար նրանց պահանջարկը կկազմի մոտ 1270 բժիշկ, իսկ դեֆիցիտը՝ շուրջ 670, որից 500 ընտանեկան բժշկի կարիք կլինի քաղաքային բնակավայրերի մանկական բնակչության համար:

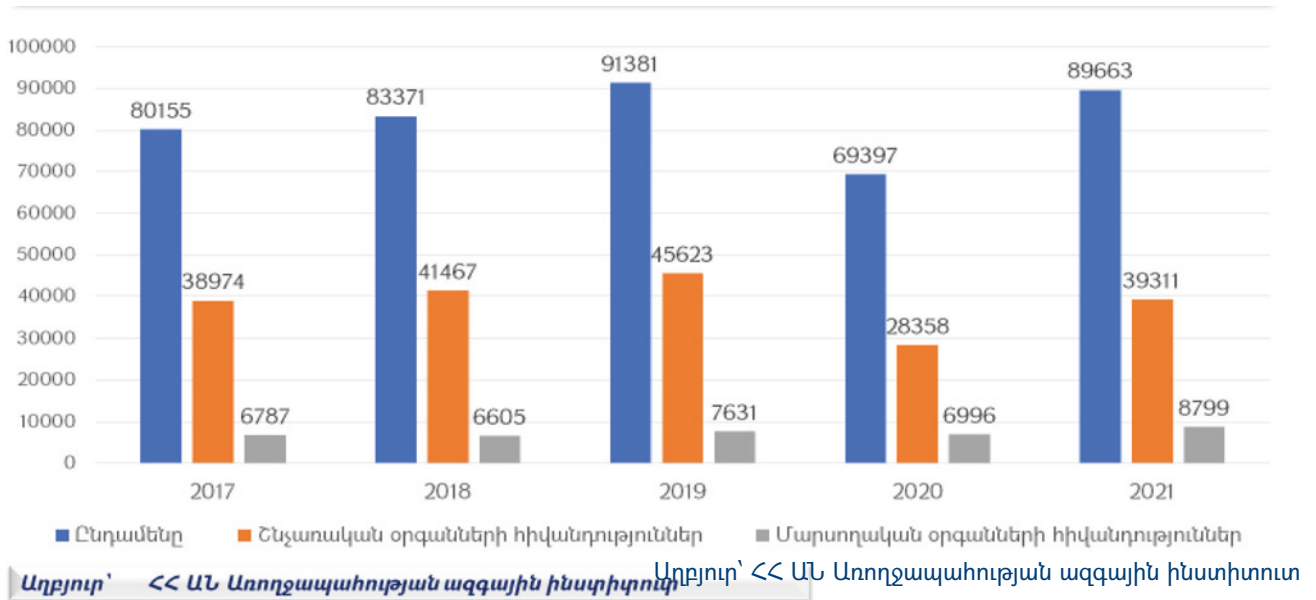
Ակնհայտ է, որ ԱԱՊ օղակի համար 670 ընտանեկան բժշկի փոխարեն մանկաբուժության հետդիպլոմային կրթության երկամյա ծրագրերի միջոցով (ընտանեկան բժիշկների կլինորդինատուրան նույն տևողությամբ է, որի ընթացքում մանկաբուժությունը դասավանդվում է 6-20 շաբաթ) 120 մանկաբույժ պատրաստելը շատ ավելի ծախսարդյունավետ կլինի, երեխաների հսկողությունը և բուժօգնությունը ավելի համապարփակ և որակյալ կլինեն, իսկ բնակչության վստահությունը ԱԱՊ օղակի հանդեպ ավելի կբարձրանա:

Հարկ է նշել, որ ՄՌ-ների պակասի, անհամաչափ բաշխվածության և ԱԱՊ օղակի բժիշկների «ծերացման» խնդիրն առկա է ոչ միայն մանկաբուժության ոլորտում, այլև ՀՀ առողջապահության համակարգի գլոբալ մարտահրավերներից մեկն է:

4. ԱԱՊ համակարգի կադրային դեֆիցիտով պայմանավորված մանկական հիվանդանոցային ծառայությունների բեռի շարունակական աճը

ԱԱՊ օղակում մանկական մասնագետների ահագնացող պակասորդը և արտահիվանդանոցային մանկաբուժության հետ կապված այս ճգնաժամն օրախնդիր է ոչ միայն մարզերում, այլ նաև մայրաքաղաքում, ինչն անխոս հանգեցնում է շատ ավելի թանկարժեք մանկական հիվանդանոցային բեռի ահագնացող աճի՝ ԱԱՊ համակարգի նկատմամբ վստահության նվազման և բուժաշխատողների մոտ շահադրդող մեխանիզմների բացակայության ֆոնին: Ասվածի ապացույցը մանկական հիվանդանոցային ծառայությունների սպառման ցուցանիշների, մասնավորապես, հոսպիտալացումների թվի վերջին տարիների շարունակական աճն է (նկար 4):

Ըստ էլեկտրոնային առողջապահական ԱՐՄԵԴ համակարգի տվյալների⁴ պետական պատվերով իրականացվող «Երեխաներին բժշկական



Նկար 4. Մանկական հիվանդանոցային բեռի շարունակական աճը, 2017-2021թթ.

օգնության ծառայություններ» ծրագրի շրջանակներում այս ցուցանիշը եղել է 2018թ.՝ 72000, 2019թ.՝ 72814, 2020 թ.՝ 75452, 2021թ.՝ 89890, ծնելիության անկման և դրանով պայմանավորված մանկական բնակչության կրճատման ու համեմատաբար կայուն և վերջին տարիներին անգամ նվազման միտում դրսևորող հիվանդացության ցուցանիշների պայմաններում:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Առկա հիմնախնդիրները

Վերը ներկայացված վերլուծության հիմքում հիմնականում ընկած են ՀՀ գործող օրենսդրական նորմերը և ենթաօրենսդրական փաստաթղթերը, առանձին հատվածներ փորձագիտական գնահատականներ են և մոտավոր են ներկայացնում իրավիճակը: Իրական պատկերի համապարփակ գնահատման, խնդիրների վերհանման և դրանց հաղթահարման հստակ գործողություններ մշակելու համար անհրաժեշտ է ավելի խոր ուսումնասիրություն՝ բարձրագույն բժշկական նախա- և հետդիպլոմային կրթության օրենսդրության վերլուծությամբ, կրթական ծրագրերի գնահատմամբ, կադրային ռեսուրսների և առողջության ցուցանիշների վիճակագրական տվյալների համադրմամբ:

Այնուամենայնիվ, առկա վերլուծությունը թույլ է տալիս փաստել, որ վերոնշյալ հարցի հետ կապված հանրապետությունում առկա են հետևյալ հիմնախնդիրները.

1. Շարունակական և ահագնացող է ՄՌ-ների, մասնավորապես մանկաբույժների և մանկական նեղ մասնագետների դեֆիցիտի և ծերացման խնդիրը, հատկապես ԱԱՊ օղակում:

2. Սուր է մանկաբուժական կադրերի հարցը հատկապես մարզերում, ինչպես նրանց անհամաչափ բաշխման (75%՝ Երևան և 25%՝ մարզեր), այնպես էլ մասնագետներով անբավարար ապահովվածության տեսանկյունից:

3. Օրակարգային է ԱԱՊ օղակում երեխաների բժշկական օգնությունը և սպասարկումն իրականացնող բուժաշխատողների մասնագիտական գիտելիքների ու հմտությունների և կատարողականի բարելավման անհրաժեշտությունը:

4. Համակարգային խնդիր է ԱԱՊ օղակի մասնագետների շարունակական մասնագիտական զարգացման հնարավորությունների ընդլայնման և բուժօգնության որակի բարելավմանն ուղղված ապացուցահեն գործելակարգերի ներդնման հարցը:

5. Արդիական է ԱԱՊ օղակում, ըստ մակարդակների, երեխաներին տրամադրվող բուժօգնության և սպասարկման ծավալների հստակեցման և ուղեգրման չափանիշների վերանայման անհրաժեշտությունը՝ ելնելով մանկաբուժական կադրերի և նեղ մասնագետների հետ կապված ներկայիս իրավիճակից:

6. Առկա է կանխարգելիչ ծրագրային ուղղությունների, առողջ երեխայի սկրինինգների գործիքակազմերի վերանայման, դրանց կատարողականի և մասնագետների կարողությունների ընդլայնման անհրաժեշտություն:

7. Անհանգստացնող է ոլորտի հիվանդանոցային թանկ ծառայությունների բեռի աճի միտումը՝ ԱԱՊ համակարգի գնալով նվազող դերակատարման ֆոնին, ինչը պայմանավորված է ինչպես ԱԱՊ օղակի բժիշկների նկատմամբ բնակչության աճող անվստահությամբ, այնպես

էլ բուժաշխատողների մոտ հիվանդ երեխային վարելու շահադրդման բացակայությամբ:

8. Առկա է տարբեր կրթական հաստատությունների կողմից իրականացվող հետբուհական և շարունակական մասնագիտական կրթության ծրագրերի գնահատման և ներդաշնակեցման անհրաժեշտություն:

9. Չկա վերլուծություն և գնահատական պետության հատկացումներով կլինիկական օրդինատուրա ավարտած մասնագետների՝ ընտանեկան բժիշկների և մանկաբույժների՝ ըստ նշանակության իրենց հետագա աշխատանքային գործունեության և արդյունավետության վերաբերյալ: Որքանով են մասնագետների դեֆիցիտի նվազեցմանը միտված պետական միջոցները եղել ծախսարդյունավետ և ծառայել իրենց նպատակին:

10. Առողջապահական համակարգի ներկայիս սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում արդիական է, ըստ մակարդակների, ԱԱՊ օղակի բուժապասարկման օրինակելի մոդելի և գործառությանը ենթակառուցվածքների հստակեցման ու ամրագրման անհրաժեշտությունը:

Իրավիճակի բարելավմանն ուղղված առաջարկություններ ըստ առողջապահական համակարգի հիմնական գործառույթների

1. Կառավարում, կազմակերպում և վերահսկում.

1) ԱԱՊ օղակում երեխաների բուժապասարկման գործող մոդելի հետագա զարգացում և կատարելագործում՝ գյուղական բնակության վայրերում ընտանեկան բժշկի, իսկ քաղաքային բնակության վայրերում մանկաբույժների կողմից ծառայությունների մատուցմամբ:

2) ԱԱՊ բուժհաստատությունների տեսակների անվանացանկի և դրանց օրինակելի կառուցվածքների վերանայում՝ երեխաների բուժապասարկման գործառնական ենթակառուցվածքների և ռեսուրսների հստակեցմամբ:

3) ԱԱՊ օղակում ըստ մակարդակների (գյուղ-համայնք-մարզկենտրոն-Երևան), երեխաների բուժապասարկման ծավալների հստակեցում՝ սահմանված գործառույթների և բժշկական թիմի կարողությունների համադրմամբ:

4) ԱԱՊ համակարգում երեխաների բժշկական օգնության և սպասարկման ծավալների հստակեցում/տարբերակում մանկաբույժ/ընտանեկան բժիշկ գործառույթների տեսանկյունից՝ ըստ առանձին տարիքային խմբերի և/կամ առողջ/հիվանդ երեխայի վարման համատեքստում:

5) Երեխաների վարման պատասխանատվության և ծավալների վերանայում՝ բժիշկ/բուժքույր գործառույթների համատեքստում, դիտարկելով մի շարք գործառույթների փոխանցում համապատասխան կրթությամբ և գիտելիքներով ու հմտություններով միջին բուժանձնակազմի՝ նրանց լիազորությունների շրջանակն օրենսդրո-րեն ընդլայնելու միջոցով:

6) Երեխաների բուժօգնության և սպասարկման կազմակերպման նորմատիվ կարգավորումների (չափորոշիչներ, գործելակարգեր, ընթացակարգեր) վերանայում և ներդաշնակեցում, ստացիոնար-պոլիկլինիկա ծառայությունների ծավալների հստակեցմամբ:

7) Առողջ երեխայի սկրինինգների գործիքակազմերի վերանայում, մասնագետների կարողությունների ընդլայնման և նրանց աշխատանքի կատարողականի բարձրացման ծրագրային միջոցառումների իրականացմամբ:

8) ԱԱՊ համակարգում հիվանդ երեխաների վարման ապացուցահեն գործելակարգերի կիրառման և բուժօգնության կազմակերպման մատչելի ու արդյունավետ մեթոդների շարունակական զարգացման ապահովում (ստացիոնար տանը, ցերեկային ստացիոնար, կանչեր, ակտիվ այցեր)՝ շահադրդող մեխանիզմների ներդրմամբ:

9) Երեխաների ուղեգրման և արտագնա անհետաձգելի բուժօգնության գործող համակարգի բարելավում՝ ըստ բուժօգնության կազմակերպման մակարդակների, հիվանդ երեխաների տեղափոխման կարողությունների հզորացմամբ:

2. Երեխաներին տրամադրվող ԱԱՊ որակյալ ծառայությունների ապահովում.

1) ԱԱՊ համակարգում երեխաների վարմանն առնչվող ապացուցահեն ուղեցույցների լրամշակում ու ներդնում (առողջ երեխայի աճի և զարգացման գնահատում, սկրինինգների իրականացում, սուր հիվանդությունների վարում և այլն):

2) ԱԱՊ օղակում երեխաների բուժօգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցող բուժաշխատողների մասնագիտական գիտելիքների և հմտությունների բարելավում՝ ուղեցույցների և գործելակարգերի ներդնմանն ուղղված շարունակական զարգացման ծրագրերի իրականացման ճանապարհով:

3) Երեխաներին տրամադրվող ծառայությունների որակի և մատչելիության բարելավման նպատակով սահմանել առանձին «պատրոնաժային» բուժքրոջ լրացուցիչ հաստիք, որը կզբաղվի առողջ երեխաների հսկողությամբ, ներառյալ տնային պատրոնաժային այցերը և սկրինինգները պոլիկլինիկայում:

4) Երեխաների վարման գործընթացին առնչվող ԱԱՊ հաշվառման և հաշվետվական ձևաթղթերի վերանայման և թվայնացման գործընթացի շարունակական զարգացում, երեխաների վարման գործընթացի ամբողջական ինտեգրում առողջապահական միասնական էլեկտրոնային համակարգին:

5) ԱԱՊ օղակում որակի կառավարման մեխանիզմի, երեխաների բուժսպասարկման կատարողականի վերահսկողության և որակի գնահատման ավտոմատացված գործիքակազմերի մշակում և ներդրում:

6) ԱԱՊ համակարգի արդյունավետության ապահովման, որակի և կատարողականի բարելավման նպատակով շտաբի վերահսկողության համակարգի զարգացում՝ ունեցած փորձի և քաղված դասերի հիման վրա:

3. ՄՌ-ներով ապահովում և մասնագիտական կարողությունների հզորացում.

1) Հայաստանում բժշկական հետբուհական կրթության օրենսդրության և ենթաօրենսդրական ակտերի վերլուծության իրականացում, ներառելով ոլորտային մասնագիտությունների ցանկի վերանայման, ըստ վերջինիս՝ մասնագիտական որակավորման բնութագրերի, դրանցից բխող կրթական ծրագրերի մշակման ու հաստատման իրավական կարգավորումներին առնչվող հարցերը, վերհանելով այդ ոլորտում առկա անհամապատասխանությունները և բացերը:

2) Բարձրագույն բժշկական կրթական ծրագրերի լիցենզավորման գործընթացի իրականացման իրավասության վերապահում առողջապահության ոլորտի լիազոր մարմնին, ինչը նախկինում նախատեսված է եղել «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքով:

3) Մասնագիտական բժշկական կրթական ծրագրերի, ինչպես նաև կրեդիտավորման ներկայացվող շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրերի և վերապատրաստման դասընթացների բովանդակականության գնահատման և իրականացման գործընթացի մշտադիտարկման գործուն մեխանիզմների մշակում և ներդրում:

4) Բուհական և հետբուհական կրթական ծրագրերում մանկաբուժություն առարկային հատկացվող թեմաների և ժամաքանակների համեմատական վերլուծության իրականացում՝ համադրելով այն հետխորհրդային և/կամ միջազգային առաջատար երկրների կրթական ծրագրերի բովանդակության հետ:

5) Հայաստանի տարբեր կրթական հաստատությունների կողմից իրականացվող մանկաբույժների և ընտանեկան բժիշկների կլինիկական

օրդինատուրայի կրթական ծրագրերի բովանդակության և ժամերի վերլուծություն՝ դրանց համադրելիության/նույնականության, մատուցվող նյութի ապացուցողական հենքի և մեթոդների, որակի ու արդյունավետության գնահատմամբ:

6) Մշակել առաջարկություններ բժշկական բուհական և մասնագիտական որակավորման հետբուհական կրթական ծրագրերում առարկաների բովանդակության և տևողության արդյունավետության վերաբերյալ՝ ուղղված ապագա մասնագետների ժամանակակից գիտելիքների և հմտությունների բարելավմանը:

Հաշվի առնելով ՀՀ-ում մանկաբուժական կադրերի ներկայիս պահանջարկը և ԱԱՊ օղակում երեխաների բուժսպասարկում իրականացնող երիտասարդ մասնագետների մեծ դեֆիցիտը՝ առաջարկվում է դիտարկել մասնագիտական կրթական ծրագրերի փոփոխությունների հետևյալ տարբերակները.

1) Բուհական կրթական ծրագրերում մանկաբուժություն առարկայի ներկայիս 6-շաբաթյա ժամաքանակը շեշտակի ավելացնել՝ մանկական հիվանդություններին վերաբերող թեմաներից զատ կարևորելով առողջ երեխային առնչվող թեմաներն ու ժամերը:

2) Ընդհանուր բժշկության ֆակուլտետում ուսուցման 4 տարիներից հետո նախատեսել մանկաբուժություն մասնագիտության ուղղությամբ առանձին հոսքի ընտրության հնարավորություն, որպես այլընտրանք դիտարկել «Մանկաբուժական դպրոցի» կամ ֆակուլտետի բացումը:

3) Բժշկական մասնագիտությունների ցանկում և/կամ բժիշկների մասնագիտական որակավորման բնութագրերում ընդհանուր մանկաբուժություն մասնագիտության համար նախատեսել երկու տարբերակ՝ ընդհանուր պրակտիկայի մանկաբուժություն (ԸՊՄ) և կլինիկական/հիվանդանոցային մանկաբուժություն, կամ պարզապես Մանկաբուժություն՝ կլինիկական օրդինատուրայի տարբեր բովանդակային ծրագրերով և տևողությամբ՝ տարբերակված ըստ աշխատատեղի մասնագիտական գործունեությամբ նախատեսված գործառնությունների: Մասնավորապես, առաջարկվում է ԸՊՄ մասնագիտության կլինիկական օրդինատուրայի ծրագրի համար սահմանել 2 տարի ժամկետ, որի ընթացքում մանկական հիվանդություններից զատ պատշաճ կդասավանդվեն առողջ երեխայի աճին և զարգացմանը, հիվանդությունների կանխարգելմանն ու վաղ հայտնաբերմանը վերաբերող թեմաները: Ներկայիս 3-ամյա կլինիկական օրդինատուրայի կրթական ծրագրերում

դասավանդման թեմաներն առավելապես վերաբերում են հիվանդ երեխաներին, որն ավարտելուց հետո մանկաբույժները նախընտրում են հիվանդանոցային մանկաբուժության ոլորտը և հաճախ հրաժարվում պոլիկլինիկայում աշխատելուց:

Սույն առաջարկի հիմքում ընկած է հետևյալ տրամաբանությունը.

4) Առաջնային օղակում երեխաների բուժօգնության և սպասարկման հիմնական նպատակն առաջին հերթին երեխայի առողջ աճի և զարգացման ապահովումն է, մինչդեռ հիվանդանոցային մանկաբույժները առավելապես զբաղվում են հիվանդ երեխաների վարմամբ:

5) Կլինիկական օրդինատուրայի տևողության կրճատումը 1 տարով կունենա դրական ազդեցություն մասնագիտության ընտրության և կրթության մատչելիության տեսանկյունից, ինչը զգալիորեն կնպաստի ԱԱՊ օղակում մանկաբուժական կադրերի դեֆիցիտի և երիտասարդ կադրերով համալրման խնդրի լուծմանը:

6) Այս համատեքստում առաջարկությունն արդարացված է նաև մասնագետների պատրաստմանը հատկացվող պետական միջոցների ծախսարդյունավետության տեսանկյունից:

7) ԱԱՊ հաստատությունների համալրումը կանխարգելիչ մանկաբուժության թեմաներին տիրապետող և բավարար գիտելիքներով օժտված երիտասարդ կադրերով զգալիորեն կնպաստի երեխաներին մատուցվող ծառայությունների որակի բարելավմանը, անհարկի ուղեգրումների նվազեցմանը, երեխաների առողջ աճի և զարգացման ապահովմանը, իսկ վերջնարդյունքում նաև հիվանդացության և հոսպիտալացման դեպքերի կրճատմանը:

8) Ընդհանուր մանկաբուժական պրակտիկա մասնագիտական գործունեության տեսակը ներառված է ՀՀ Կառավարության 2008 թ. N276-Ն որոշմամբ հաստատված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկում, որին համապատասխան լիցենզավորվում են բուժհաստատությունները, ինչպես նաև ԸՊՄ մասնագիտությանը անդրադարձ կա ՀՀ ԱՆ 2015թ. N3713 հրամանով հաստատված բժիշկ-մանկաբույժի մասնագիտական որակավորման բնութագրում:

9) Ելնելով այն հանգամանքից, որ ԸԲ կլինիկական օրդինատուրան նախատեսված է ԱԱՊ օղակում թե՛ մեծահասակ և թե՛ մանկական բնակչության բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող բժիշկ-մասնագետի պատրաստման համար, ինչպես նաև այն փաստից, որ օրդինատուրայի 2-ամյա կրթական ծրագրում

մանկաբուժություն առարկայի դասավանդման համար նախատեսված ժամերն անտրամաբանորեն քիչ են, առաջարկվում է ավելացնել կրթական ծրագրի տևողությունը և վերանայել բովանդակությունը՝ ընդլայնելով հիվանդ և առողջ մանուկների վարման թեմաները:

10) Իրականացնել պետության միջոցներով կլինիկական օրդինատուրա ավարտած ընտանեկան բժիշկների և մանկաբույժների՝ ըստ նշանակության իրենց աշխատանքային գործունեության արդյունավետության վերլուծություն՝ մասնագետների դեֆիցիտի նվազեցմանն ուղղված պետական միջոցների ծախսարդյունավետության գնահատմամբ:

4. ԱԱՊ համակարգում երեխաների բուժսպասարկման ֆինանսական ռեսուրսների ապահովում.

1) ԱԱՊ համակարգի ֆինանսավորման քաղաքականության վերանայում՝ բուժօգնության և սպասարկման համար ծախսատարությանը համարժեք ֆինանսական ռեսուրսների ապահովմամբ:

2) ԱԱՊ բուժաշխատողների աշխատավարձի բարձրացում և վարձատրման շահադրդող մեխանիզմների մշակում և ներդնում: Վերջինս ԱԱՊ օղակում երիտասարդ բժիշկների աշխատելու շահադրդման առանցքային լուծումներից մեկն է, իսկ վերջնարդյունքում նաև՝ երեխաներին մատուցվող ծառայությունների որակի բարելավման պայման:

3) ԱԱՊ օղակում երեխաների բուժօգնության և սպասարկման ծառայությունների ֆինանսավորման տարբեր մեխանիզմների կիրառում, այդ թվում.

▶ ըստ մարդաշնչի (per capita) ֆինանսավորման պահպանում առողջ երեխայի վարման համար՝ ըստ տարիքային խմբերի/աշխատանքի ծավալի տարբերակված սկզբունքի կիրառմամբ,

▶ ըստ դեպքի ֆինանսական փոխհատուցման (fee per case) մեխանիզմի կիրառում՝ ցերեկային ստացիոնարի պայմաններում հիվանդ երեխայի վարման առողջացումով ավարտված դեպքերի համար, ինչը զգալիորեն կնպաստի բժշկի մոտիվացված աշխատանքին և հիվանդանոցային բեռի կրճատմանը:

4) Ըստ մատուցված ծառայության ֆինանսավորում (fee for service) բուժօգնության առանձին տեսակների կազմակերպման համար:

5) Ըստ կատարողականի, խրախուսական ֆինանսավորման ներկայիս համակարգի կատարելագործում՝ մատուցված ծառայությունների քանակական և որակական ցուցիչների հետ փոխկապակցված, օրինակ՝ նորածինների վաղ հաշվառում, պատրոնաժային այցերի ապա-

հովում, պատվաստումներում երեխաների ամբողջական ընդգրկվածություն, կրճքով կերակրման բարձր ցուցանիշ, առողջ երեխայի սկրինինգների բարձր կատարողական, հիվանդացության և հոսպիտալացման ցածր ցուցանիշներ և այլն:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. World Health Organization. Core Health Indicators in the WHO European Region 2015. Special focus: Human resources for health 2015
2. Kroezen M, Rajan D, Richardson E. Strengthening primary care in Europe: How to increase the attractiveness of primary care for medical students and primary care physicians? 2023
3. van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A et al. Pediatric primary care in Europe: variation between countries. Arch Dis Child. 2010;95(10):791-5
4. Փարսադանյան Ռ.Ս. Բժշկական կադրերը, բժշկական բարձրագույն և միջնակարգ կրթությունը, բժիշկների կատարելագործումը Հայաստանում. Հայոց բժշկության դարան: Առողջապահության և բժշկագիտության հայկական հանդես. 2022;2(II):60-7
5. Бизнес России. Высшее медицинское образование в Республике Молдова. 2019. glavportal.com/materials/vysshee-medicinskoe-obrazovanie-v-respublike-moldova. Accessed: 26 December 2023
6. Дубаева З. В Молдове с 1 марта педиатры будут работать в центрах семейных врачей, а не в больницах. nokta.md/v-moldove-s-1-marta-pediatry-budut-rabotat-v-tsentrakh-semejnyh-vrachej. Accessed: 26 December 2023
7. European Union of Medical Specialists. Training Requirements for the Specialty of Pediatrics: European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training 2015. uems.eu/_data/assets/pdf_file/0016/44440/UEMS-2015.30-European-Training-Requirements-in-Pediatrics.pdf. Accessed: 26 December 2023

Շահերի բախման հայտարարություն

Հեղինակները հաստատում են, որ որևէ կապ չունեն և ներգրավված չեն հոդվածում շոշափվող թեմաների նկատմամբ որևէ ֆինանսական կամ այլ շահագրգռվածություն ունեցող կազմակերպության հետ:

8. World Health Organization. Technical assistance to the reform of primary health care organisation in Estonia. Report with main findings and recommendations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016
9. World Health Organization. ESTONIA. The development of family practice to support universal health coverage 2018
10. ՀՀ ԱՆ, ՎՎ Հայաստան. Հայաստանում մայրերի, նորածինների և երեխաների առողջության պահպանման ոլորտի ենթակառուցվածքների և մարդկային ռեսուրսների վերլուծության վերաբերյալ 2011
11. ՀՀ Կառավարություն. «Հայաստանի հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարությունը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2023 թվականի փետրվարի 9-ի N174-L որոշում. arlis.am/documentview.aspx?docID=174219. Accessed: 26 December 2023
12. Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու 2022. armstat.am/am/?nid=82&id=2535. Accessed: 26 December 2023
13. Էլեկտրոնային առողջապահական ԱՐՄԵԴ համակարգ. 2017-2023. armed.am. Accessed: 26 December 2023
14. Անդրեասյան Դ., Բազարյան Ա. Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք. Երևան: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ. 2022. nih.am/assets/pdf/atvk/b82fc49555b30dc398d0570aedcf5421.pdf. Accessed: 26 December 2023

Problems of Providing Pediatric Services with Human Resources in the Primary Healthcare System in Armenia

Karine Saribekyan¹, Davit Melik-Nubaryan², Gohar Yerimyan¹

¹Avdalbekyan National Institute of Health, MoH RA, Yerevan, Armenia

²Heratsi Yerevan State Medical University, Yerevan, Armenia

ABSTRACT

Introduction: The health and development status of children and adolescents significantly determines the future well-being of a society, is a guarantee of sustainable economic and social development. Investments made in the field of child healthcare are considered effective investments aimed at a prosperous future.

Purpose: To identify problems that can be solved to improve the quality of medical care for children in primary healthcare settings by examining the organization of pediatric services and the current situation with the provision of services and staffing.

Methods: The following data collection tools were used: study of international experience and documents regulating the field; comparative analysis of statistical data; and interviews among first-year clinical residents.

Results: Due to the implemented systemic changes and the closure of the pediatric faculty, in the period 2000-2020 the number of primary care pediatricians has been constantly decreasing; compared to 1990, it has decreased by more than half (in 1990 there 2000, while in 2020 – 946 pediatricians). In polyclinics, there is a deepening deficit of young specialists along with the continuous “aging” of the existing pediatric staff. In 2017, people aged 55 and older made up 49% of all pediatricians, whereas in 2021 – 61%. In recent years, the num-

ber of primary care pediatricians has been reduced by 8-10 specialists per year. The established situation leads to a significant increase in the burden of the expensive hospital services, together with a decrease in trust in the primary healthcare system and a lack of motivational mechanisms among health workers. The problem of human resources in the pediatric service is most relevant in the regions and, in recent years, also in Yerevan. At the same time, in university and postgraduate programs, the subject of pediatrics is taught with a minimum amount. Among the reasons for not choosing pediatrics profession, almost all clinical residents mentioned low-paid and responsible work.

Conclusion: The postgraduate education programs of pediatricians and family physicians need to be re-

viewed. Pediatricians of general practice required for the primary healthcare unit can be trained according to a shorter-term program, in which the emphasis should be shifted from issues related to a sick child to monitoring healthy children, assessing their growth and development, as well as training in preventive pediatrics. The core of the implemented reforms should be the issues of providing human resources, developing and implementing motivational mechanisms for their work in the primary healthcare system.

Keywords: human resources, primary healthcare, child and adolescent health, pediatric service, family medicine, clinical residency, pediatric faculty

Проблема кадрового обеспечения педиатрической службы в системе первичного звена здравоохранения в Армении

Карине Сарибекян¹, Давид Мелик-Нубарян²,
Гоар Еримян¹

¹Национальный институт здравоохранения им. акад. С. Авдалбекяна, МЗ РА, Ереван, Армения

²Ереванский Государственный медицинский университет им. М.Гераци, Ереван, Армения

АБСТРАКТ

Введение: Состояние здоровья и развития детей и подростков в значительной степени определяет будущее благополучие общества, является гарантией устойчивого экономического и социального развития, а инвестиции в сферу охраны здоровья детей рассматриваются как эффективные инвестиции, направленные на благополучное будущее.

Цель: Целью данного исследования является улучшение качества организации педиатрической службы на первичном звене, путём выявления и отстранения основных проблем в сфере обеспеченности человеческими ресурсами.

Методы: Использовались следующие инструменты сбора данных: изучение зарубежного опыта и местных нормативных документов, сравнительный анализ статистических данных, интервью клиническими ординаторами первого курса.

Результаты: В связи с проведёнными системными изменениями и закрытием педиатрического факультета, 2000-2020 гг. в течение этого периода численность врачей-педиатров первичного звена постоянно снижалась, в 1990 г. сократилась в два и более раза (2000

в 1990 г., 946 в 2020 г.). В поликлиниках углубляется дефицит молодых специалистов на фоне постоянного «старения» имеющегося педиатрического состава. В 2017 г. среди педиатров лица в возрасте 55 лет и старше составляли 49%, а в 2021 г. – 61%. В последние годы численность педиатров первичного звена сокращается на 8-10 специалистов ежегодно. Создавшаяся ситуация приводит к значительному увеличению дорогостоящей больничной нагрузки на фоне снижения доверия к системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и отсутствия мотивационных механизмов у медицинских работников. Проблема кадрового обеспечения педиатрической службы более актуальна в марзах, а в последние годы и в Ереване. При этом, предмету «педиатрия» отводится минимальное количество часов как в программах преддипломного, так и в программах постдипломного образования. Среди причин отказа от «Педиатрии» почти все клинические ординаторы указали на низкооплачиваемую и ответственную работу.

Заключение: Необходимо пересмотреть программы постдипломного образования для педиатров и семейных врачей. Педиатров общей практики для первичного звена можно обучать по краткосрочной программе, в темах которой акцент должен быть смещён с вопросах, связанными с больным ребёнком, на преподавание вопросов роста и развития здоровых детей, профилактической педиатрии. Стержнем реализуемых реформ должны стать вопросы кадрового обеспечения, разработки и внедрения мотивационных механизмов их работы в системе ПМСП.

Ключевые слова: кадровые ресурсы, первичная медицина, здоровье детей и подростков, педиатрическая служба, семейная медицина, клиническая ординатура, педиатрический факультет